

**PROGRAMME D'ALLOCATION DE CONGÉ DE MATERNITÉ AU BÉNÉFICIAIRE  
DU MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE, À TARIF HORAIRE OU À LA VACATION  
FMOQ-MSSS**

**I DEMANDE D'ADHÉSION**

Je soussignée, \_\_\_\_\_  
(nom et prénom en lettres moulées)

Désire me prévaloir du « programme d'allocation de congé de maternité au bénéficiaire du médecin rémunéré à l'acte, à tarif horaire ou à la vacation », conclu entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

**II QUESTIONNAIRE RELATIF AU PROGRAMME D'ALLOCATION DE CONGÉ DE MATERNITÉ  
FMOQ-MSSS**

1. a) Date prévue de l'accouchement : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Jour/mois/année  
**OU**

b) Date de l'accouchement : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Jour/mois/année

c) Date approximative du début de la grossesse : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Jour/mois/année

d) Date à laquelle j'ai commencé à être rémunérée l'acte, à tarif horaire ou à la vacation  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Jour/ mois/année

3. J'exerce dans un cabinet privé depuis \_\_\_\_\_. Etant donné que je devrai assumer des frais de cabinet durant ce congé, je désire obtenir le forfait payable à titre de compensation spécifique pour frais de bureau (ce forfait sera calculé à partir de ma rémunération de base en cabinet) : Oui  Non

4. La rémunération de base moyenne hebdomadaire est calculée à partir d'une période de référence de 12 mois avant le début de la grossesse. Les semaines non travaillées pendant cette période ne sont pas incluses dans le calcul de la rémunération moyenne. Veuillez exclure du calcul de ma rémunération moyenne une période de \_\_\_\_\_ semaines d'inactivité ou d'activité réduite due à :

- invalidité
- autre congé de maternité
- rémunération autre qu'à l'acte, à tarif horaire ou à la vacation
- autre (préciser) :

Période d'inactivité ou d'activité diminuée du \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
jour mois année jour mois année

5. La durée de mon congé de maternité sera de \_\_\_\_\_ semaines (maximum 12 semaines) :

Du \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
jour /mois /année jour/ mois/ année

5.1 (Conformément à l'article 2.3 de l'annexe XVI, la répartition de la période durant laquelle le médecin se voit accorder une allocation doit commencer un dimanche et se terminer un samedi.)

**NOTE :** Dans les trente (30) jours suivant la date de réception de votre demande d'adhésion, le comité paritaire vous informera de sa décision quant :

- à votre admissibilité au programme ;
- au montant de votre allocation ;
- au montant du forfait accordé à titre de compensation spécifique pour frais de bureau, s'il y a lieu ;

et vous fera parvenir un contrat d'engagement à ne plus exercer votre profession dans le cadre du régime de l'assurance-maladie ou dans le cadre d'un programme administré par la RAMQ.

À compter de la date de la réception de cette décision du comité paritaire, vous devrez :

- avertir le comité paritaire, verbalement ou par écrit de la date à laquelle l'allocation pour congé de maternité commencera à être versée. Cette date sera confirmée par écrit, à vous ainsi qu'à la RAMQ ;
- faire parvenir le certificat de naissance de l'enfant au membre du comité dont l'adresse apparaît ci-dessous.

### III. DOCUMENT À ANNEXER

Vous êtes priée de joindre les documents suivants à votre demande d'adhésion :

- certificat de naissance de l'enfant si l'accouchement a déjà eu lieu ;
- certificat du médecin traitant établissant la date prévue de l'accouchement ;
- formulaire intitulé « **autorisation de divulgation de renseignements** » dûment signé (à faire parvenir à la RAMQ dans l'enveloppe ci-jointe.)

### IV. SIGNATURE

Je déclare que tous les renseignements fournis dans ce formulaire et les documents annexés sont exacts et complets.

En vertu de quoi, j'ai signé à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 200\_\_\_\_.  
(ville) (date)

\_\_\_\_\_  
(signature)

\_\_\_\_\_  
(N° du permis d'exercer du CMQ)

Adresse :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

---

Prière de retourner cette demande d'adhésion à la FMOQ à l'adresse suivante :

**Fédération des médecins omnipraticiens du Québec**  
Comité paritaire - Programme d'allocation de congé de maternité a/s  
Dr Michel Desrosiers  
1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 1000  
Montréal (Québec) H3G 1 R8